

# BULLETIN D'INSCRIPTION

À retourner complété lisiblement à :

Acte Presse / RSP 2017 - 12 rue Dupetit Thouars 75003 Paris.  
Tél : 01 42 77 52 77 - Fax : 01 42 77 52 37 - Email : vlanglais@santementale.fr

► N° de formation continue : 11755512075

## ► PARTICIPANT

M.  Mme  Hospitalier  Libéral  Mixte  Autre

NOM ..... PRÉNOM .....

PROFESSION :  Infirmier(ière)  Cadre de santé  Psychologue  Etudiant

Autre (précisez) : .....

HÔPITAL/SOCIÉTÉ/INSTITUTION/CABINET : ..... SERVICE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : ..... PAYS : .....

TÉLÉPHONE : ..... PORTABLE : .....

E-MAIL : .....

## ► ÉTABLISSEMENT PRENANT EN CHARGE LA FORMATION

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : .....

NOM DU RESPONSABLE DE LA FORMATION : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : ..... PAYS : .....

TÉL. SERVICE FORMATION : ..... FAX SERVICE FORMATION : .....

E-MAIL SERVICE FORMATION : .....

## ► DROITS D'INSCRIPTION TARIF TTC (TVA 20 %)

		Jusqu'au 09/10/2017	Du 10/10 au 17/11/2017	Sur place
<b>3<sup>ES</sup> RENCONTRES SOIGNANTES EN PSYCHIATRIE</b> <b>(1 journée le mercredi 29 novembre 2017)</b>	> Professionnel :	<input type="checkbox"/> 230 €	<input type="checkbox"/> 230 €	<input type="checkbox"/> 250 €
	> Etudiant* :	<input type="checkbox"/> 80 €	<input type="checkbox"/> 80 €	<input type="checkbox"/> 100 €
<b>OPTION :</b> <b>(hors médecin)</b> 3 <sup>es</sup> Rencontres Soignantes en Psychiatrie + Congrès Français de Psychiatrie (CFP) (4 jours du 29 novembre au 2 décembre 2017)	> Professionnel :	<input type="checkbox"/> 380 €	<input type="checkbox"/> 400 €	<input type="checkbox"/> 410 €
	> Etudiant* :	<input type="checkbox"/> 190 €	<input type="checkbox"/> 210 €	<input type="checkbox"/> 325 €

\*Justificatif obligatoire à joindre pour valider le tarif étudiant : copie de la carte étudiant 2016-2017 ou 2017-2018

## ► MODE DE RÈGLEMENT

Par virement (mandat administratif)

### Tarifs de groupe sur demande

Tél. : 01 42 77 52 77. Email : bbertelli@santementale.fr

## ► FACTURATION (si adresse différente de celle mentionnée ci-dessus, facture à libeller selon les instructions suivantes) :

NOM DE LA SOCIÉTÉ, ORGANISME OU INSTITUTION : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : ..... PAYS : .....

## ► TRANSPORT : Avion Référence « Congrès Français de Psychiatrie - 9<sup>e</sup> édition » Air France : 29849AF

## ► CHANGEMENT DE NOM

Une seule modification de nom par inscription sera acceptée, dans les conditions suivantes :

- avant le 2 octobre 2017 : aucun frais
- après le 2 octobre 2017 : un changement de nom sera considéré comme une annulation entraînant le paiement d'une nouvelle inscription.

## ► CONDITIONS D'ANNULATION : Seules les annulations parvenant à Acte Presse par écrit (courrier, fax ou mail) seront prises en compte.

- FRAIS D'ANNULATION :
- avant le 31 mai 2017 : 75 € TTC pour frais de dossier
  - entre le 1<sup>er</sup> juin et le 2 octobre 2017 : pénalité de 50 % du montant de l'inscription.
  - à partir du 3 octobre 2017 : pénalité de 100 % du montant de l'inscription.

En cas d'annulation pour cause de grève(s), conditions climatiques, cas de force majeure ou de tout incident indépendant de la volonté des Rencontres Soignantes en Psychiatrie et/ou du Congrès Français de Psychiatrie, les frais d'annulation seront appliqués. L'inscription au congrès entraîne l'acceptation totale de ces conditions.

Date : ..... Signature (précédée de la mention « Bon pour accord ») : .....